

Cuentas Nacionales en Países en Desarrollo: Métodos Adecuados y Aplicaciones Recientes

Peter Berman

Profesor Asociado de Economía Internacional de la Salud
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

23 octubre 1996

A publicarse en *Health Economics*

Indice

Reconocimientos	1
Resumen	2
I. Introducción	3
II. Análisis del Gasto en Salud en Países en Desarrollo	5
III. Métodos y Aspectos Metodológicos	8
IV. Manuales y Métodos Previamente Propuestos para Países en Desarrollo	11
V. Los Métodos de la OECD y Cuentas Nacionales de Salud	12
VI. CNS: Aplicaciones Recientes en Países en Desarrollo	13
VII. Innovaciones en Métodos de CNS para Países en Desarrollo	16
Alcance y Marco Analítico	16
Logrando consenso sobre categorías	19
Mejorando la Calidad y Exhaustividad de los Datos	20
"Cuentas Nacionales de Salud": una herramienta de software para el entrenamiento y administración de los datos	22
VII. Conclusión	23
Referencias	25

Reconocimientos

Una mejor información sobre el financiamiento del sector salud es la base esencial para un adecuado cambio de política en esta época de reformas al sector salud. El análisis del financiamiento de la salud, debe partir de adecuadas estimaciones del gasto nacional en salud —gasto total, las contribuciones al gasto de diferentes fuentes, y los gastos según los diferentes tipos de uso de éstos fondos. Los países miembros de la OECD han establecido exitosamente este tipo de cuentas comparativas de gastos en salud en términos de definiciones estandarizadas para los usos de los fondos y detalles de estos usos según fuentes, bien sea del sector público o privado. Esto ha llevado a importantes investigaciones sobre diferencias en los sistemas de salud las cuales pueden explicar variaciones en el nivel y composición del financiamiento. Los Estados Unidos han desarrollado un enfoque más detallado llamado Cuentas Nacionales de Salud, el cual expande el método de la OECD en una matriz más desagregada de "fuentes y usos". En los países en desarrollo, el análisis de los gastos en salud ha sido mucho menos sistemático, a pesar de que durante varias décadas los investigadores internacionales han llamado la atención sobre este aspecto.

Este documento revisa el trabajo previo que se ha hecho en países en desarrollo y propone una renovada atención a los gastos nacionales en salud, adaptando la experiencia reciente de los Estados Unidos. Puesto que la mayoría de los países en desarrollo tienen estructuras de financiamiento de la salud más pluralistas que las que se encuentran en la mayoría de los países industrializados, se propone una versión fortalecida y adaptada del método de matriz de "fuentes y usos". Este método debe ser modificado teniendo en cuenta las categorías relevantes de gasto actualmente prevalentes en los países en desarrollo. Se presentan ejemplos de aplicaciones recientes de estas "cuentas nacionales de salud" de las Filipinas, Egipto, India, México, Colombia y Zambia. La experiencia hasta la fecha sugiere que el desarrollo de estimaciones adecuadas mediante el uso de este método en países de nivel de ingreso bajo y medio, es factible y está al alcance de estos países. Una herramienta de software de fácil uso ha sido desarrollada para el entrenamiento y el manejo de datos. Se proponen redes regionales de grupos nacionales colaborativos como un primer paso en la expansión del uso del método y para ganar beneficios tanto dentro del país como en países vecinos.

Resumen

Este trabajo fué financiado por el Proyecto Data for Decision Making (DDM), Acuerdo Cooperativo USAID No. DPE-5991-A-00-1052-00. El autor quisiera reconocer su extensa colaboración con el Doctor Ravindra Rannan-Eliya quien contribuyó sustancialmente a este documento, así como al Señor Gilles Fortin de Health Canada por su información sobre los métodos de la OECD. También fueron muy útiles los comentarios de un revisor anónimo.

I. Introducción

El entendimiento de las dimensiones financieras de los sistemas de salud es cada vez más reconocido como una contribución importante para el desarrollo de políticas en salud. En los países industrializados especialmente aquellos pertenecientes a la Organización para el Desarrollo Económico y la Cooperación (OECD), se ha llevado a cabo una contabilidad sistemática de los gastos en salud a nivel nacional durante varias décadas.

La creación de definiciones estandarizadas y de métodos contables a través de países y la recolección rutinaria de datos han aportado los medios para una fructífera indagación de las implicaciones financieras y de salud de los diferentes patrones nacionales de financiamiento de la salud (1,2). Por ejemplo, las investigaciones han permitido establecer los retornos decrecientes del incremento en gastos en salud sobre las ganancias en expectativa de vida, dando lugar a la importante pregunta de qué es lo que se compra con los incrementos dramáticos en el financiamiento de la salud durante las últimas décadas y cuál es el nivel apropiado de gasto en salud para una nación (3). Los patrones nacionales de provisión, uso y costo de la salud difieren sustancialmente, retroalimentándose en gasto agregado. A medida que los gobiernos y las empresas buscan controlar los niveles crecientes de gasto, cada vez más miran hacia las experiencias de otros, para ejemplos tanto positivos como negativos. Para este tipo de análisis comparativo se requiere como condición esencial contar con datos comparables sobre gastos, otros insumos y productos en salud (4).

En los Estados Unidos las "cuentas nacionales de salud" han sido estimadas por el gobierno federal durante algunos años. Los métodos de los Estados Unidos cumplen con los estándares de la OECD pero también van más allá de ellos para estimar una matriz de las "fuentes y usos" de los gastos de salud más detallada, tanto de las fuentes privadas como públicas de gasto. El método de la OECD sólo permite definir fuentes de gasto "pública" y "privada". El enfoque de los Estados Unidos es particularmente útil en sistemas de salud pluralistas donde el financiamiento viene de múltiples fuentes y donde los proveedores pueden recibir pagos de más de una fuente. Esto es menos útil donde a nivel nacional domina una sola fuente de gasto como es el caso en la mayoría de los países miembros de la OECD. Sin embargo, los sistemas de salud pluralistas son comunes en países en desarrollo y se están haciendo cada vez más comunes.

Los países en desarrollo están cada vez más preocupados sobre las dimensiones financieras del sector salud. Con menores ingresos a nivel nacional, menores niveles de gastos en salud y un estatus más bajo de salud, esta preocupación puede ser particularmente importante para los países más pobres, donde las diferencias en eficiencia del sector salud pueden significar un gran impacto sobre la mortalidad. A medida que países de nivel de ingreso bajo y medio establecen nuevos sistemas privados y públicos para el financiamiento de la salud, tales como cobros a los usuarios y seguridad en salud, estos países también procuran tomar las decisiones estratégicas adecuadas con el fin de asegurar un desarrollo sostenible del sector salud (5). Sin embargo, la mayoría de los países en desarrollo tienen muy poca experiencia en la estimación del gasto en salud.

Este documento propone que el mejoramiento de las estimaciones del gasto nacional en salud en los países en desarrollo, sean vistos como un prerrequisito esencial para los esfuerzos a nivel nacional de reforma del sector salud. Debido a la existencia de sistemas de salud pluralistas, los países en desarrollo deben adoptar una metodología de "cuentas nacionales de salud" (CNS) similar a la de Estados Unidos en el desarrollo de estas estimaciones. Se ha argumentado, en base a diversas experiencias recientes, que ésto es no sólo factible sino extremadamente útil. El método de CNS resulta en estimaciones más precisas así como en estimaciones que son más útiles para el desarrollo y evaluación de políticas. También es flexible y expandible de modo que supla las demandas futuras de análisis más avanzados.

El documento inicialmente revisa experiencias en estudios de gastos nacionales en salud en países en desarrollo. La sección III revisa los aspectos metodológicos más importantes que tienen que ser resueltos en la expansión del uso de estimaciones de gasto nacional en salud. La sección IV revisa propuestas metodológicas previas para países en desarrollo. La sección V presenta un contraste entre los métodos de la OECD y CNS usados en los países industrializados, destacando las ventajas del enfoque de CNS para las naciones en desarrollo. En la sección VI, se resumen las recientes aplicaciones de métodos de CNS en países en desarrollo y sus resultados son comparados con las estimaciones más simples de gastos que precedieron a éstos. Se discute el avance en el rigor de la estimación y la relevancia política del enfoque de CNS. La última sección describe las innovaciones basadas en experiencias recientes en países en desarrollo, las cuales se proponen para una experimentación más amplia. Un programa de computador simple y amigable del usuario, desarrollado por el proyecto Data for Decision Making (DDM) en la Universidad de Harvard, está ahora disponible de entrenamiento e implementación de estudios de CNS. Se propone un programa regional de colaboración entre países en la expansión del uso de CNS en países en desarrollo.

II. Análisis del Gasto en Salud en Países en Desarrollo

Abel-Smith (6,7) bajo el auspicio de la OMS llevó a cabo los primeros grandes estudios nacionales comparativos de gastos en salud. Su primer estudio incluyó Sri Lanka (antes Ceilán) y Chile. El segundo estudio incluyó catorce países en desarrollo: cinco de la región Africana, cinco de las Américas, dos de la región del Mediterráneo Oriental, y dos de la región del Pacífico Oriental. La OMS y otros estimularon posteriores trabajos en países específicos durante la década del 70. El reporte de la OMS ("Financing of Health Services") (8), un volumen especial de *World Health Statistical Quarterly* (9), y un estudio financiado por la USAID sobre ("Health Care Financing in Developing Countries") (10) describieron la metodología general para dichos estudios y resumieron varios casos de países. Debido al creciente interés a nivel internacional sobre asuntos económicos en el sector salud en los ochenta, los investigadores y los gobiernos comenzaron a llevar a cabo con más frecuencia evaluaciones de los gastos en salud. Esto fue estimulado por los esfuerzos de organizaciones internacionales. Previo al desarrollo de proyectos el Banco Mundial, la OMS, y otras organizaciones de ayuda frecuentemente comisionaron consultores (tanto domésticos como internacionales) con el fin de estimar los patrones de gasto nacional en salud como parte de evaluaciones más generales del sector salud. La publicación del Banco Mundial en 1987 ("Financing Health Services in Developing Countries") (11) reportó los patrones de gasto en 49 países. Investigaciones no publicadas y reportes de consultoría fueron la mayor fuente de datos a nivel de cada país.

Los departamentos regionales del Banco Mundial continuaron demandando datos sobre gastos en salud y comisionaron una serie de documentos regionales de revisión. Entre éstos se incluyeron documentos sobre Asia (12), Latinoamérica (13), y Africa (14). Sin embargo, para ninguno de estos documentos se llevó a cabo una recolección sustancial de nuevos datos a nivel de país. Las fuentes de estimaciones continuaron siendo los mismos reportes de consultoría no publicados y evaluaciones nacionales como se anotó arriba. Cada uno de estos estudios regionales lamentaba la falta de una mejor calidad en los datos, haciendo eco de las observaciones hechas por Abel-Smith y otros.

Los estudios comparativos internacionales que se encuentran disponibles combinan datos de países con muy buenas estimaciones de gasto nacional de salud y países con estimaciones muy pobres e incompletas. Algunos de los estudios a nivel

nacional más cuidadosos que se han hecho durante las últimas dos décadas incluyen Egipto (15), Jamaica (16), China (17), e Indonesia (18). Casi todos estos estudios distinguen el análisis de usos y fuentes de gastos aportando tabulaciones separadas para cada uno de ellos.

Para el Reporte de 1993 "World Development Report: Investing in Health" (WDR-93) (19), el Banco Mundial comisionó una recolección más exhaustiva de estimaciones a nivel de país con la colaboración de otras organizaciones internacionales. El WDR-93 reportó 127 países para 1990. Se estimaron el gasto nacional total en salud divididos entre fuentes "públicas" y "privadas", incluyendo como públicas los gastos para seguridad social en salud. No se desarrollaron estimaciones para "usos". A pesar de problemas significativos en los datos las cifras del WDR atrajeron la atención sobre los patrones globales de financiamiento de la salud, la variación en los roles públicos y privados en el sector salud, y el enlace entre las finanzas y el desempeño del sistema de salud. La figura 1 muestra algunos de los resultados agregados de este análisis.

Debido a la falta de algunas partes importantes de los gastos en salud (usualmente el gasto en el sector privado), 46 países fueron estimados como "fuera de la muestra" utilizando un modelo multivariado simple. La razón por la cual se reportó que 31 países gastaban 1,6% del PIB de las fuentes privadas fue que el modelo de regresión "predijo" 1,6 como la proporción promedio del PIB. Las estimaciones nacionales fueron derivados de una combinación de las fuentes y las estimaciones de años previos tuvieron que ser inflados a valores de 1990, usualmente mediante el uso del inflador del PIB. Existían pocos estudios a nivel nacional sobre gastos en salud que fueran confiables y comprensivos. En vez de ello, los respectivos analistas combinaron reportes de consultoría con resultados de investigaciones recientes y datos reportados a organizaciones internacionales tales como la OMS, OIT, FMI y otros. Los analistas anotaron que a pesar de que a nivel internacional se ha llamado la atención durante varias décadas para recolectar datos sobre gastos en salud, ha habido poco éxito en el establecimiento de estimativos confiables y regulares en la mayoría de los países en desarrollo.

"La OMS, PAHO, USAID y el Sandoz Insititute for Health and Socioeconomic Studies, han intentado mejorar la información mediante la promoción de encuestas de hogares y publicación de manuales para la estimación de gastos en salud. A pesar de estos esfuerzos, la mayoría de las estimaciones de gastos nacionales en salud han venido de estudios ad hoc o misiones en países de agencias de desarrollo, frecuentemente llevadas a cabo durante un corto período de tiempo" (20) p. 141.

El tiempo y los recursos disponibles para la compilación de las estimaciones del WDR-93 fueron bastantes limitados. La revisión más detallada de las fuentes de datos existentes o la incorporación de datos actualizados o recientemente descubiertos, algunas veces llevó a cambios dramáticos en el tamaño y

composición del gasto para países individuales. Por ejemplo, una revisión de los números del WDR-93 para países fuera de la OECD encontró que solamente para 42 países había estimaciones razonablemente confiables de los gastos privados en salud. De éstos, las estimaciones revisadas para 36 países diferían de los publicados por el WDR-93. El nivel promedio de gasto privado en estos 36 países fue un 13% más alto que el promedio de las estimaciones reportados en el WDR-93 (21).

Govindaraj, Murray, y Chellaraj también revisaron, para el Banco Mundial, las estimaciones de gasto para Latinoamérica (22). Las cifras revisadas se muestran en la figura 2. Para la mayoría de los países, el gasto total fue usualmente reestimado a un nivel más alto que en el WDR-93. La mayor fuente de esta diferencia se debió al incremento que se encontró al revisar los estimativos del gasto privado. Esto tiene particular significancia en Latinoamérica, donde los gobiernos con frecuencia han considerado al sector privado de la salud como de menor importancia dentro del sistema nacional de salud. Por ejemplo, la escasez de datos sobre gastos en México y Colombia puede haber ocultado el crecimiento del sector privado durante los ochenta como reflejo de la insatisfacción popular con los servicios de seguridad social en salud (23).

Datos recientemente publicados y las grandes diferencias reportadas en el re-análisis sugieren que las estimaciones de gasto nacional en salud no son aún lo suficientemente confiables o estandarizadas. Las implicaciones de las diferencias en estimaciones no son triviales. Por ejemplo, con frecuencia se asume que los países más pobres en general gastan menos en salud. Los resultados recientes muestran que algunos países de bajo y mediano nivel de ingreso tales como India, Argentina y Colombia gastan proporcionalmente mucho más de lo que anteriormente se pensaba, algunos de ellos lo mismo o más que países mucho más ricos miembros de la OECD. Esto sugiere que la ineficiencia en el sector salud puede tener importantes implicaciones macroeconómicas para naciones que no pertenecen a la OECD.

III. Métodos y Aspectos Metodológicos

La demanda por estimaciones de gasto nacional en salud en los países industrializados y en desarrollo ha llevado a un flujo constante de esfuerzos para desarrollar definiciones comúnmente aceptadas y estándares de medición. Dichos estándares facilitan la interpretación de estimaciones nacionales y el análisis comparativo entre países y a través del tiempo.

Hay dos aspectos principales en la estimación del gasto nacional en salud sobre los cuales se ha centrado la discusión. El primero se relaciona con el alcance de las estimaciones del gasto nacional en salud; las categorias y definiciones a ser usadas; y el marco analítico. El segundo aspecto concierne a los métodos usados para derivar las estimaciones para los rubros individuales de gasto. La siguiente discusión se centra en el primero de estos dos aspectos. La calidad de los datos y los métodos se discuten en la penúltima sección del documento.

La determinación del alcance de las estimaciones del gasto nacional en salud, es decir, que debe ser incluido o excluido de la categoría "gasto en salud", ha sido sujeto de extenso debate profesional (6, 7, 8, 10). Es difícil encontrar una respuesta universalmente aceptable a este debate debido a dos razones ideológicas (se reconoce que la salud se ve afectada por muchas otras variables diferentes a la atención en salud, pero, dónde se debe establecer el límite?) y razones prácticas (los gastos son combinados en formas específicas en cada país y no siempre es fácil su desagregación). Se acepta ampliamente que las estimaciones nacionales se deben enfocar en aquellos gastos cuya "intención primaria" es el mejoramiento de la salud (24), pero que otros también pueden ser incluidos y preferiblemente identificados por separado. Este enfoque ha sido aplicado en las estimaciones que se presentan en este documento. Sin embargo, una discusión más extensa y un consenso sobre el alcance del gasto nacional en salud será un paso crítico para expandir las aplicaciones en los países en desarrollo.

Otro aspecto relacionado con el alcance de las estimaciones de gastos nacionales en salud es el de la compatibilidad con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) (25, 26) que ha sido desarrollado para estandarizar a nivel internacional las estimaciones de cuentas nacionales de ingreso. La revisión más reciente del SCN estimula el desarrollo de cuentas satélite, las cuales pueden incluir cuentas de gastos en salud. Sin embargo, hay diferencias importantes en el tratamiento de ciertas categorías de gasto entre estimaciones previas de gastos en salud y métodos de contabilidad nacional de ingreso. Hasta el momento, estos problemas no han

sido cuidadosamente revisados o discutidos en los países en desarrollo, y superan el alcance de este documento.

Las categorías y definiciones usadas para clasificar las estimaciones de gasto en salud han incluido una variedad de tipos de clasificaciones y también han variado de acuerdo al nivel de agregación usado. Se necesitan categorías y definiciones tanto para las fuentes de gastos de salud como para los usos. Por ejemplo, con base en una revisión de los estudios y manuales citados en este documento, hay cinco tipos principales de clasificación de usos que típicamente se emplean o proponen.

1. Proveedores e Instituciones
2. Funciones o tipos de servicios en salud
3. Rubros o categorías económicas de gasto
4. Regiones o categorías geográfico/administrativas
5. Categorías socio-económicas

Usualmente hay una falta de uniformidad en la forma cómo los rubros en estas categorías son definidos a través de países. Aún definiciones aparentemente simples, tales como: qué implica gasto en "hospitales" (en la categoría 1 de las arriba listadas), puede ser problemática. Por ejemplo, las estadísticas nacionales en la India definen hospitales como una unidad de 10 camas o más, mientras en Tailandia ésta debe contar con 25 camas o más. En los Estados Unidos, los servicios de los médicos a los pacientes internados son facturados por separado de los cargos hospitalarios y aparecen en las cuentas de los Estados Unidos como servicios médicos. En la mayor parte de los demás países de la OECD los médicos son pagados por los hospitales y sus costos aparecen en las cuentas hospitalarias. Estos problemas de clasificación deben ser identificados y resueltos para que las estimaciones nacionales sean comparables.

Otro aspecto es si estos tipos de aplicaciones se mantienen como cuentas distintivas o si las categorías son mezcladas. El sistema de clasificación de la OECD discutido abajo, mezcla categorías de proveedores, funciones, y rubros en una sola lista. Este enfoque ha probado ser factible y aparentemente detecta aspectos de interés político para muchos de los países miembros. Cual será la clasificación mas útil para los países en desarrollo, es una pregunta importante que debe ser resuelta en estudios venideros.

El foco de atención de este documento es el marco analítico de las "Cuentas Nacionales de Salud" (CNS) que ha surgido de los Estados Unidos. Las CNS, tal como se practican en los Estados Unidos y adaptadas a países en desarrollo, tienen dos elementos esenciales. Primero, se requiere el cálculo y la presentación de estimaciones nacionales a través de una matriz de "fuentes y usos" (véanse, como

ejemplos, varias de las tablas en este documento). Este enfoque puede ser contrastado con la tabulación de cuentas separadas para fuentes y usos del gasto en lo que algunas veces se ha referido como las cuentas "T" (fuentes a la izquierda y usos en la derecha de la "T" con totales iguales). Los estudios que utilizan el enfoque de cuentas "T," algunas veces han estimado matrices de fuentes y usos. Pero el enfoque de cuentas nacionales en salud requeriría dicho análisis.

El método de "fuentes y usos" impone una disciplina importante en el análisis del gasto nacional en salud, el cual típicamente consiste en estimaciones compiladas por separado de los gastos por fuentes y por tipos de proveedores, por ejemplo hospitales, médicos, etc. El enfoque de matrices requiere que todos los gastos estimados por las diferentes fuentes sean asignados a usos específicos. De forma similar, todos los gastos reportados por usos específicos, tales como gastos en hospitales públicos, deben ser factibles de relacionar con las fuentes específicas. Los totales y los subtotales deben sumar y ser consistentes.

Así pues, este método requiere el análisis no sólo de los subtotales y sus agregados, sino también un entendimiento del flujo de fondos a través del sistema de atención en salud. Este enfatiza la necesidad de saber de manera integrada *quien paga, cuanto, y por qué concepto*, en vez de separar el *quién* del *qué*.

Esta capacidad de relacionar fuentes y usos es un aspecto importante del valor de las CNS para el análisis de las políticas de financiamiento en salud. Esto se debe a que el financiamiento en salud no solamente concierne a la obtención de fondos para el sector salud, sino que también juega un rol importante en la determinación de la asignación de gastos y el comportamiento de los proveedores y consumidores. Las políticas que afectan la práctica de los financistas de la salud (las fuentes), deben ser diseñadas, monitoreadas, y evaluadas en términos de su influencia sobre el uso de fondos en el sector salud tanto en términos de quién lo recibe como en términos de qué producen ellos como resultado. El método de "fuentes y usos" es el medio para tal fin.

El segundo elemento de las CNS tal como se ha desarrollado en los Estados Unidos, el cual parte de las ventajas del enfoque de fuentes y usos, es una mayor desagregación de las fuentes de gasto mucho más allá de las categorías generales de "público" y "privado". Por supuesto, esto refleja el sistema de financiamiento altamente pluralístico del sector salud en los Estados Unidos. Sin embargo, como se argumenta en mayor detalle abajo, este puede ser el enfoque más apropiado para los países en desarrollo, los cuales, hemos aprendido, también tienen sistemas de financiamiento altamente pluralistas.

IV. Manuales y Métodos Previamente Propuestos para Países en Desarrollo

Varios manuales y revisiones metodológicas han sido desarrollados para estimular y complementar los estudios nacionales sobre gastos en salud que se han llevado a cabo en los setenta y ochenta. Mach y Abel-Smith (27), Griffiths y Mills (28), y Robertson y otros. (29) han aportado guías detalladas sobre la estructura y métodos necesarios para compilar las estimaciones nacionales. Estos manuales enfatizan la necesidad de estimaciones que sean comprensivos y basados en definiciones consistentes. Estos autores reconocen que las fuentes de datos pueden dejar algo que desear, pero que los países aún pueden desarrollar estimaciones adecuadas con un poco de creatividad. La revisión de Griffiths y Mills (24) de los métodos, provee un resumen útil de estas herramientas y su aplicación.

En general, estos manuales se basan en un marco contable similar, el cual enfatiza el enfoque de cuentas "T". Los gastos por fuente privada y del gobierno se compilan separadamente de los gastos en (o incurridos por) tipos de programas o tipos de proveedores. La metodología de CNS, basada en la compilación sistemática de una matriz de "fuentes y usos", no es específicamente destacada ni recomendada, aunque son dados algunos ejemplos de análisis al estilo CNS.

Los primeros dos manuales mencionados anteriormente se basan de manera importante en un estudio nacional hecho por E. Kam en Botswana (30, 31) con la asistencia de la OMS. El sector privado de la salud en Botswana era pequeño en ese entonces, lo cual le permitió a los investigadores estimar el gasto privado a través de una encuesta telefónica a los médicos privados. Como resultado, los manuales no consideraron expresamente la dificultad de asegurar buenas estimaciones de gasto privado. De este ejemplo surge la gran pregunta de si un sólo manual global puede proveer el nivel de detalle y flexibilidad necesario para cumplir con las necesidades de los altamente diversos países en desarrollo.

V. Los Métodos de la OECD y Cuentas Nacionales de Salud

El esfuerzo más exitoso hasta la fecha en el desarrollo de estimaciones estandarizadas a sido el de la OECD, el cual actualmente recibe reportes anuales de gastos en salud de sus 25 miembros (32). La OECD provee a sus miembros un cuestionario computarizado y guías escritas de las definiciones. Las definiciones de la OECD de las categorías de gastos se enfocan en los "usos" de los gastos. Las "fuentes" son detalladas por sector público y privado, incluyendo la seguridad social en salud dentro de los gastos del sector público. Estas categorías son una combinación de tipos de servicio (cuidado hospitalario agudo, servicios médicos) y tipos de proveedores (hospitales psiquiátricos, enfermerías). Muchos miembros de la OECD compilan algunas cuentas de gastos algo diferentes o más desagregadas para su propio uso, pero todos cumplen con el reporte de estimaciones comparablemente definidos para los análisis comparativos de la OECD. Frecuentemente, los datos de algunas categorías no están disponibles en el reporte de algún país como en el ejemplo dado.

A la vez que cumple con las clasificaciones de la OECD, los Estados Unidos aumenta estas clasificaciones con su enfoque más detallado de CNS (33). Las CNS requieren una compilación similar de acuerdo a usos de gasto, pero un análisis mucho más detallado de las fuentes de gastos. En la tabla 1 se da un ejemplo de esto. Esto resulta en una matriz más detallada de "fuentes y usos".

VI. CNS: Aplicaciones Recientes en Países en Desarrollo

En algunos países en desarrollo se han completado recientemente algunos estudios que usan el enfoque de CNS. Estos incluyen:

- México. Un estudio por la Fundación de Salud Mexicana (Funsalud) como parte de su estudio de propuestas para la reforma del sector salud en México (34).
- Las Filipinas. Una serie de estudios llevados a cabo por la Universidad de Filipinas de 1990-1995 (35, 36).
- Egipto. Un estudio llevado a cabo por el Departamento de Planificación Ministerio de Salud con la colaboración de la Universidad de Harvard (37).
- Colombia. Un estudio conjunto del Departamento Nacional de Planificación, el Ministerio de Salud, y la Superintendencia de Salud como parte de investigación de base para la implementación del programa de reforma al sector salud de Colombia (38).

Además de estudios formales en países, se han desarrollado matrices de "fuentes y usos" para trabajos relacionados con política en algunos otros países. Por ejemplo, en la India, un estudio del Banco Mundial (39) usó la investigación llevada a cabo por el Instituto Nacional de Finanzas Públicas y Política (40), en el Instituto de Gujarat de Investigación para el Desarrollo (41), y el Consejo Nacional de Investigación Económica Aplicada (42). En Zambia, Rannan-Eliya desarrolló una matriz estimada de datos existentes del gobierno y recientes encuestas nacionales de hogares (43).

Al igual que en el re-examen de las estimaciones del WDR-93, estos estudios específicos de países han mostrado que una derivación más cuidadosa de las cifras nacionales generalmente lleva a totales más altos, especialmente en términos de gasto privado. En la tabla 2 se comparan estas cifras basadas en CNS con las cifras previas usadas internacionalmente. Los métodos de CNS también mejoran las estimaciones de ciertas partes del gasto en salud, por ejemplo los pagos que hacen los pacientes directamente por concepto de drogas y medicamentos que no son proveídos por las instituciones médicas o los consultorios de personal médico (médicos/paramédicos).

La experiencia de México en este sentido aporta algunas respuestas interesantes y algunas preguntas que estimulan su seguimiento. Las estimaciones de CNS de Funsalud sobre gasto privado, basados en una encuesta nacional de hogares, llevaron a un cálculo de gasto total de 4,8% del PIB comparado con el 3,2 % que se reportaba en el WDR-93. Usando las cuentas nacionales de ingreso el total hubiera sido tan alto como un 5,7% del PIB. En las estimaciones nacionales de ingreso se está reportando algún nivel de actividad económica como "gasto privado en servicios de salud y preservación de la salud" el cual no está siendo captado en otras fuentes de datos. Esto requerirá una investigación posterior.

Si son hechos cuidadosamente, las estimaciones de CNS pueden alterar dramáticamente las percepciones que tengan los diseñadores de políticas sobre la estructura del sistema de atención en salud y el rol del estado dentro del mismo. En India, la matriz de CNS que se presentó en la tabla 3 indicaba que el gobierno era una fuente menor de financiamiento en los servicios primarios de atención en salud. A pesar de más de una década de inversión en instituciones de atención primaria, el gasto total en servicios de atención de nivel primario es dominado por el gasto privado de hogares (82%). Los servicios curativos de salud primarios representan el 85% de todo el gasto privado de hogares. El rol del gobierno en el financiamiento es mayor en los servicios preventivos y de salud pública (44% del total). La mayor proporción de gastos de los hogares en servicios de atención primaria probablemente va a proveedores no calificados, en vez de ir a médicos licenciados y farmacias. La implicación de estos hallazgos es que la India necesita con urgencia el desarrollo e implementación de una nueva dimensión de política en salud que se relacione con el sector proveedor de servicios de salud no gubernamental.

En Egipto, las estimaciones de las CNS en 1991 se pudieron comparar con un estudio de 1978 el cual aportaba cifras de algún modo comparables, las cuales se muestran en la tabla 4. No solamente se había incrementado el gasto privado, aunque modestamente, sino que el gasto del Ministerio de Salud había disminuido significativamente como porcentaje del total, mientras que sus responsabilidades, en términos de hospitales, camas, y empleados, se habían incrementado.

Una ventaja particular de las CNS es su capacidad para documentar cómo un tipo particular de servicio o tipo de proveedor es financiado de diferentes fuentes de gastos. De hecho, este es la principal función del sistema de "fuentes y usos". En Egipto, las estimaciones de CNS mostraban que dos tipos de hospitales gubernamentales — los pertenecientes al Ministerio de Salud y los hospitales universitarios que pertenecen al Ministerio de Educación — eran bastante diferentes en el grado en el cual dependían de los cobros a los pacientes. Los pagos de los hogares constituían un 1,9% de los gastos en hospitales del Ministerio de Salud, mientras que el pago era de 14% en los hospitales universitarios.

Debido a que CNS representa un cuadro comprensivo del financiamiento del cuidado de la salud en un país, CNS entrega el mejor esquema para el modelamiento de estrategias de reformas y para el monitoreo de sus efectos. Proyecciones año a año

del crecimiento del gasto total establece límites con los cuales los recursos deben ser asignados. Analistas pueden simular los cambios potenciales en la generación de ingresos, la relación precio/costo del cuidado de la salud, y la demanda dentro de un sistema restringido. En esta forma, CNS ha recientemente entregado las bases para el análisis de las reformas del seguro de la salud en las Filipinas (44) y en Jordania (45).

Aplicaciones más desagregadas son también posibles, aunque restringidas por la disponibilidad de información. La descentralización de la autoridad sobre el gasto en salud en muchos países en desarrollo (46) puede hacer las cuentas regionales, provinciales y aún las municipales valiosas. Administradores de programas específicos de servicios, tales como salud infantil en la planificación familiar, deberían basar sus planes en los recursos totales disponibles para tales servicios, no sólo en los presupuestos de los gobiernos.

Cada uno de estos ejemplos destaca los resultados que surgen de la CNS. En ninguno de ellos las CNS son la única forma en la cual esta información podría ser obtenida. Estos hallazgos también podrán encontrarse en estudios enfocados a preguntas específicas. Lo que le da ventaja a las CNS es que debido a la recolección sistemática de datos sobre fuentes y usos de gastos, se pueden aportar repuestas a un número diferente de preguntas al mismo tiempo. Al igual que con cualquier fuente estadística básica estas también pueden proveer los medios para responder preguntas que no se habían previsto anteriormente. A medida que las políticas de financiamiento en salud crecen en importancia, el valor de esta capacidad también aumenta.

El mayor valor de la CNS se evidencia cuando éstas son llevadas a cabo periódicamente y son usadas para hacer seguimientos a cambios en el financiamiento del sistema de atención en salud. Tres preguntas importantes que actualmente enfrentan muchos países en desarrollo pueden ser abordadas a través de este enfoque:

- ¿Cuál es la contribución y el impacto en el gasto nacional en salud de las reformas que desarrollan nuevas fuentes de financiamiento para el sector salud, tales como seguridad social en salud?
- ¿Cuáles son las implicaciones funcionales y distributivas de los esfuerzos para hacer más pluralistas los enlaces entre provisión y financiamiento (por ejemplo: descentralización, uso de fondos públicos y de seguros para financiar los servicios privados, o uso de fondos privados para financiar las instituciones públicas)?
- ¿Cuál es el impacto de las políticas para controlar el consumo y el gasto, por ejemplo nuevos esquemas tales como presupuestos globales, atención controlada, o pagos prospectivos?

Aunque las CNS no son un sustituto de estudios bien diseñados a nivel micro de sistema de atención en salud, proveen un complemento valioso a nivel de sistema.

VII. Innovaciones en Métodos de CNS para Países en Desarrollo

Los métodos de CNS usados en los Estados Unidos están bien documentados en informes gubernamentales y en artículos frecuentes publicados en el *Health Care Financing Review*, publicado por la U.S. Health Care Financing Administration. Las aplicaciones para países en desarrollo que se citan aquí no han sido uniformes, aunque se han basado en el marco de una matriz de "fuentes y usos". Se ha mostrado que el enfoque de CNS es factible, útil, y está al alcance de los países en desarrollo. Las CNS serán mucho más útiles si son aceptadas y llevadas a cabo y si se empieza ahora con un esfuerzo colaborativo internacional sistemático para adaptar las experiencias recientes a las necesidades universales y desarrollar estándares comunes. Se requieren tres pasos principales para el ulterior desarrollo de esta herramienta: un consenso sobre el alcance y el marco analítico para el desarrollo de las matrices de CNS; definiciones consistentes las cuales puedan ser aplicadas en muchos países, especialmente para los usos; y mejoramiento en los métodos de estimación de los componentes de la CNS para los cuales los datos son en general pobres o inexistentes. En base a la experiencia reciente se proponen los siguientes enfoques para su más amplia consideración.

Alcance y Marco Analítico

La definición más comunmente usada de gasto en salud ha sido "gastos en actividades cuya intención *primaria* (sin tener en cuenta su efecto) es el mejoramiento de la salud" (24). Esto excluye los grandes programas que tienen efectos en la salud pero cuya meta principal no es la salud: por ejemplo, subsidios generales para alimentación, mejoramiento de vivienda, y grandes proyectos de suministro de agua potable en zonas urbanas. Sin embargo, esta definición deja espacio para diferencias significativas en la forma como los países contabilizan los programas relacionados con la salud tales como servicios nutricionales focalizados y mejoramiento de la calidad del agua. En algunos países, estos programas son liderados por el Ministerio de Salud y muy probablemente son incluidos en las estimaciones de gastos. En otros países, dichos programas pueden ser liderados por ministerios de Asuntos Sociales, Obras Públicas, u otros y es menos probable que sean vistos como gastos en salud. Probablemente es mejor contabilizar dichos programas como rubros individuales, para permitir su inclusión o exclusión en el momento de hacer comparaciones entre países.

Una definición más estrecha sería enfocar las CNS en gastos en atención en salud y en servicios relacionados, los cuales pueden incluir servicios de nutrición personal y planificación familiar, y listar separadamente otros gastos auxiliares. En la práctica esto es lo que se hace con frecuencia. Sin embargo, aún este enfoque genera problemas significativos, tales como educación médica, la cual típicamente incluye tanto entrenamientos como servicios.

Es poco probable encontrar una respuesta fácil a este problema; de hecho, después de varias décadas este problema aún afecta las estimaciones de la OECD. La experiencia sugiere que lo mejor sería un enfoque anidado, con atención en salud y servicios relacionados en el centro, gastos adicionales cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, agregados a necesidad pero claramente identificados, y así sucesivamente. La experiencia más amplia con las CNS en grupos de países en desarrollo puede ayudar a que surjan soluciones prácticas a este problema.

La pregunta sobre la asociación entre contabilidad del ingreso nacional y sistema de cuentas nacionales está relacionado con este factor. Para propósitos de análisis de políticas en salud, las estimaciones de CNS son más útiles cuando tabulan todo el gasto neto de salud en un período bien definido, incluyendo tanto gastos de capital como gastos recurrentes, pero evitando su doble conteo. A medida que dichos estimativos se hagan más comunes puede ser útil para un grupo de expertos examinar cómo éstos divergen de las estimaciones basadas en sistemas de cuentas nacionales.

El concepto central de las CNS es la definición del flujo de fondos. La experiencia en la aplicación de CNS en países en desarrollo sugiere que los enfoques utilizados en los Estados Unidos se deben adaptar a las necesidades específicas de los países en desarrollo, así como a limitaciones en los datos disponibles. Esto requiere la modificación de definiciones tanto de fuentes como de usos.

Un enfoque usado en Egipto, México y Colombia, consiste en formular el flujo de fondos en términos de tres niveles principales. Las fuentes de fondos originales, los agentes financieristas, y los proveedores de salud u otras categorías de usos de fondo. En la tabla 5 se listan algunos de los ejemplos típicos de entidades en estos diferentes niveles. La figura 3 muestra el diagrama de flujo de fondos que se usó en el estudio de CNS en Egipto (las flechas que conectan las celdas han sido omitidas para efectos de claridad).

El nivel de fuentes de fondos se refiere a aquellas entidades que proveen fondos para los agentes financieristas, quienes son compradores directos o pagadores de servicios en salud. Puede haber varios niveles de fuentes de fondos antes de que se alcance el nivel del agente financierista, pero en la mayoría de los casos estaríamos primordialmente interesados en aquellos que proveen fondos para el financiamiento de los agentes directamente. Por ejemplo, el Ministerio de Finanzas puede hacer asignaciones al Ministerio de Salud y al Instituto de Seguridad Social, dos de los

cuales pagan directamente las atenciones en salud que han de ser proveídas. En este sentido, el Ministerio de Finanzas es la fuente de fondos para aquellas agencias financistas.

Por supuesto, el Ministerio de Finanzas recibe sus fondos del tesoro público o de los impuestos pagados por los hogares y las empresas, los cuales son niveles de fuentes mucho más altos. En algunos países, ha sido de interés a nivel de política el seguimiento de estos gastos hasta las últimas fuentes con el fin de analizar la equidad en los patrones de gasto (véase por ejemplo, (49) y (50)).

Los agentes financistas son aquellas entidades que compran servicios de salud. Estas pueden poseer y operar sus instituciones proveedoras, tal como lo hace el Ministerio de Salud, o pueden financiar servicios suministrados por otros, como típicamente lo hace la seguridad privada de salud. Ellos reciben fondos de las fuentes y los pagan a los proveedores.

Es importante anotar que las entidades pueden aparecer en más de un nivel. Por ejemplo, los hogares (que son una fuente) pagan sus cuotas a las compañías de seguros (que son agentes financistas). Sin embargo, los hogares también actúan directamente como agentes financistas, cuando pagan por los servicios de salud directamente a los proveedores. Los hogares pueden aparecer en ambos niveles del análisis del flujo de fondos, puesto que ellos desempeñan ambos roles. Las CNS manejan este aspecto como si los hogares pagaran parte de esos gastos a otros agentes financistas y a la vez retuvieran una parte como agentes financistas, transferencia que se da entre las columnas y las filas en las matrices. Este es el caso que se muestra en la figura 3.

El nivel final del análisis de flujo de fondos puede utilizar una variedad de categorizaciones diferentes de "usos". Las principales categorías se listan arriba en la sección III. La experiencia sugiere que la más fácil de éstas es proveedores/instituciones, puesto que muchas de estas entidades mantienen sus propias cuentas. En nuestro ejemplo esto incluye el Ministerio de Salud, la seguridad social, los hospitales y clínicas privadas, los consultorios privados de los médicos, farmacias, y practicantes no calificados. También se podrían adicionar otras categorías de provisión que no implican servicio, tales como investigación e instituciones de entrenamiento y administración general como filas separadas para hacer los totales completos.

Otra clasificación muy útil podría ser en términos de "funciones" de servicios en salud. Estas podrían ser tan generales como servicios curativos ambulatorios y hospitalarios, servicios preventivos personales, y servicios de salud pública para la población en general. O podrían ser más específicos, por ejemplo, gastos en el control de enfermedades específicas (v.gr., tuberculosis), grupos de enfermedades (ETs) (véase por ejemplo (8)), o complejos de servicios en salud (salud materno-infantil, salud reproductiva y planificación familiar). Esta clasificación se centra en

importantes asuntos de política con la consecuente atención a la distribución de recursos según carga de la enfermedad, costo/efectividad o metas de cambio del gasto hacia servicios de atención primaria en salud. Otras clasificaciones útiles de los usos son rubros (salario, equipos, drogas y medicamentos, etc.), grupos socio-económicos y regiones geográficas.

La formulación del análisis del flujo de fondos se considera completa cuando los niveles se han distinguido claramente, todos los niveles y entidades pertinentes están incluidos en su lugar apropiado, y se ha llegado a un acuerdo sobre categorías bien definidas de usos. Es cuestión pues, de crear las matrices adecuadas de "fuentes y usos". Estas representan los flujos entre dos niveles cualquiera. Por ejemplo, en la tabla 6 se muestran dos matrices desarrolladas para Egipto en las que se enlazan las fuentes y los agentes financieristas, y los agentes financieristas y los proveedores.

Logrando consenso sobre categorías

Estos enfoques se pueden adaptar a muchas circunstancias diferentes. Cada país o grupo de analistas debe formular definiciones claras y consistentes. Pero una vez éstas han sido formuladas se ven limitadas únicamente por la disponibilidad de datos en la completación del análisis.

La experiencia de la OECD ha mostrado que la capacidad de comparar categorías estándar entre países genera beneficios significativos. Para obtener este beneficio en países en desarrollo es esencial que los grupos de países formulen definiciones comunes, especialmente para las categorías de usos. El uso expandido de las CNS en países en desarrollo debe hacerse preferiblemente para grupos de países, con base en definiciones comunes de usos.

Como se anotó arriba, las categorías de usos de la OECD combinan diferentes aspectos tales como proveedores, funciones y rubros en una lista única. Esta lista ha surgido como una solución práctica a la disponibilidad de datos y a los intereses de política de los países participantes. Sin embargo, en esta etapa temprana del uso de las CNS en los países en desarrollo, sería deseable mantener estas categorías bien diferenciadas y presentarlas en matrices separadas.

También es deseable mantener definiciones comunes de fuentes y entidades financieristas. Esto es especialmente cierto en aquellos países donde estructuras similares del sector salud y de gobierno pueden aprender de la experiencia de cada uno. El desarrollo de CNS con grupos de países con estructuras institucionales similares e historia colonial podría ayudar a fortalecer dichas comparaciones.

Una meta de más largo plazo podría ser la promoción de un estándar internacional común de categorías, tal como el desarrollado por los países de la OECD. Sin embargo, esta meta supone el trabajo conjunto de múltiples países en las CNS.

Esto es más factible que suceda una vez los países hayan ganado experiencia en el manejo de esta herramienta y los diseñadores de políticas vean más claramente su utilidad.

Mejorando la Calidad y Exhaustividad de los Datos

Mientras la adecuada conceptualización de las CNS es esencial para el análisis adecuado, la calidad de los datos también es importante. Datos de pobre calidad en un marco bien diseñado pueden llevar a resultados muy erróneos. Por supuesto, los datos nunca son perfectos. Después de varias décadas de estimación de CNS, los expertos de los Estados Unidos aún debaten la validez de algunas de sus mediciones más importantes. El sector salud también está cambiando constantemente, lo cual puede convertir en incompletos datos que alguna vez fueron satisfactorios. Por ejemplo, una de las categorías de más rápido crecimiento en los Estados Unidos es la de terapias "alternativas," y a la vez están surgiendo nuevos tipos de organizaciones pagadoras. La meta debe ser lograr siempre estimaciones mejores y bien justificados.

De hecho, una de las ventajas del método de CNS es que identifica vacíos de conocimiento. Una celda vacía en la matriz de fuentes y usos es no solo una fuente de subestimación de gastos sino también un reto para mejorar las fuentes de datos.

Los datos sobre gastos en el sector público de la salud para la mayoría de los países son razonablemente confiables. Se debe poner especial atención en distinguir entre presupuestos y gastos reales y en incorporar gastos a nivel de gobierno local (provincias, municipios) dentro de los totales nacionales. Las categorías de gasto gubernamental no siempre pueden ser directamente traducidas en las categorías deseadas de "usos". Por ejemplo, los hospitales del gobierno pueden recibir fondos de presupuestos para educación médica, atención en salud, control de enfermedades, y programas de planificación familiar. Típicamente estos problemas pueden ser resueltos mediante una combinación de análisis desagregado de gastos y estudios especiales.

El gasto en seguridad social puede ser llevado a cabo a través de un departamento gubernamental o de una entidad similar al gobierno. Típicamente, el problema y las soluciones al mejoramiento de los datos sobre gastos en seguridad social son similares a los problemas que se encuentran con relación al gasto gubernamental.

Los problemas de datos más significativos ocurren en la estimación de gastos privados en salud, específicamente la composición y tamaño del gasto en empresas privadas y estatales y en los hogares. Puesto que los gastos privados son la fuente mayor de gastos en muchos países, y típicamente han sido subestimados (véase arriba), este vacío es significativo.

Una fuente de gasto privado que ha sido vastamente ignorada hasta la fecha es el gasto directo por las empresas. Muchas empresas financian la atención de salud de sus empleados y dependientes, usualmente de cuatro maneras: mediante el pago de contribuciones a seguridad social; mediante el pago de cuotas de seguros privados, reembolso directo de los gastos de salud de los empleados, y financiamiento directo de la provisión de servicios de salud, bien sea a través de instituciones propias o a través de terceros.

El primer tipo de gastos es usualmente el más fácil de cuantificar, usando los registros de las instituciones de seguridad social. El gasto en seguros privados se registra aún en países donde los aseguradores privados son modestamente regulados. Pero los otros tipos de gastos generalmente no son bien captados en las fuentes de datos existentes. Es posible que los analistas de CNS necesiten consultar una amplia variedad de fuentes, tales como los ministerios de industria o comercio, departamentos de impuestos (si los gastos de las empresas son deducibles de impuestos), y organizaciones privadas tales como las cámaras de comercio o asociaciones industriales. Es posible que sea necesario llevar a cabo estudios de muestras de empresas, adecuadamente diseñado para capturar diferencias en tamaño, industria, y regiones.

Los gastos personales de los hogares pueden ser usualmente estimados de dos fuentes: estudios a nivel nacional de gastos de los consumidores y estudios más limitados a nivel de hogares sobre gastos y usos del sistema de salud. Los primeros se llevan a cabo rutinariamente en muchos países y tienen el mérito de relacionar los gastos en salud con los patrones globales de gasto a nivel del hogar y con estimativos generalmente aceptados del ingreso de los hogares. Sin embargo, los cuestionarios generales sobre gastos de hogares pueden ser tan extensos que resulten en una subestimación de los gastos relacionados con salud. La atención en salud puede ser uno de los cientos de ítemes acerca de los cuales se preguntan en estos cuestionarios.

Los estudios específicos sobre usos y gastos en salud típicamente reportan niveles más altos de gastos en salud que los estudios generales¹. Esto surge como resultado del uso de preguntas de filtro usadas con el fin de identificar problemas de salud, con preguntas de seguimiento para extraer información acerca de los eventos y gastos de tratamiento. Sin embargo, esto también puede ser causa de una sobrestimación, puesto que los entrevistados son incitados a reportar eventos y es posible que no siempre se limiten al período durante el cual se les está solicitando el reporte. Los errores relativamente pequeños que se encuentran en períodos de reporte cortos pueden convertirse en errores más grandes cuando se anualizan o se multiplican a nivel de estimativo de población. En países donde se encuentran disponibles varias fuentes de datos, se utiliza la comparación y la triangulación desde varios estudios con el fin de mejorar la precisión de los estimativos.

1/ Un ejemplo reciente se encontró en China, donde los gastos de consumo en los hogares a nivel nacional fueron estimados mediante el uso de un registro diario que se mantenía en una muestra nacional de hogares. Este método es visto como altamente confiable por la Oficina Estadística del Estado. Un estudio nacional de salud reciente reportó gastos personales en salud por más del doble de los que reportaba el estudio general. Los investigadores están indagando las causas de esta diferencia (51).

Los datos a nivel de proveedor tales como las ganancias reportadas por los médicos, clínicas, y farmacias, también pueden ser usados para validar los estimativos basados en estudios de hogares. Los datos sobre ingresos de los proveedores pueden ser extraídos de registros de impuestos o de cuentas nacionales de ingresos, pero típicamente estos datos no son muy precisos. Los estudios de proveedores también pueden ser usados cuando se reportan datos sobre precio y volumen, pero la fidelidad de las respuestas a preguntas acerca de ganancias, aún las indirectas, son frecuentemente sospechosas.

Para todos estos tipos de datos, la clasificación de los gastos de usos según tipos de proveedor, es la que tiene la mejor probabilidad de éxito. La clasificación por función de atención en salud puede depender de respuestas más detalladas en las encuestas y del uso de ambas fuentes de datos: encuestas y datos de proveedores.

"Cuentas Nacionales de Salud": una herramienta de software para el entrenamiento y administración de los datos

No se requieren cálculos complejos para llenar y completar las matrices de fuentes y usos de las CNS, aunque el análisis multivariado de datos de hogares y de instituciones de salud podría ser útil para determinar los coeficientes específicos que se han de usar en la adjudicación de ciertos rubros de gastos para diferentes tipos de usos.

El Proyecto Data for Decision Making en la Escuela de Salud Pública de Harvard ha desarrollado National Health Accounts (Cuentas Nacionales de Salud), un programa de software basado en windows (52). El programa es no sólo una herramienta didáctica sino una herramienta de organización y manejo de datos. Su aspecto didáctico ayuda a los analistas a conceptualizar y diagramar el flujo de fondos. Hace más fácil para el usuario el enumeramiento de fuentes, agentes financieros, y usos y la identificación de flujos específicos entre ellos. Presenta los resultados gráficamente y éstos pueden ser fácilmente modificados en caso de que haya habido errores.

Una vez esta tarea conceptual se ha realizado, el programa crea las matrices apropiadas en formato de hojas de cálculo e identifica las celdas que deben ser llenadas. Para cada celda el programa ayuda a organizar las estimaciones en dinero o en términos de porcentaje. También lleva la cuenta de las referencias para cada estimación y el grado de confianza en la estimación. El programa imprimirá un "cuestionario" que enumera las estimaciones faltantes o de pobre calidad que le son necesarios para completar las CNS. También se puede adaptar a una variedad de diferentes definiciones de usos.

VII. Conclusión

La financiación de la salud es no sólo un determinante importante del éxito de los sistemas de atención en salud sino también un indicador de su estatus y proceso dinámico de cambio. El financiamiento ha tenido éxito en capturar la atención de los investigadores, gobiernos, y organizaciones internacionales que se ocupan de la salud en el mundo en desarrollo. Sin embargo, a pesar de que hace tres décadas se reconoció la necesidad de estadísticas de financiamiento en salud que fueran comparables y confiables, poco esfuerzo se ha dedicado a la recolección y análisis de la información financiera básica necesaria para una reforma en la política en salud: ¿Cuánto se gasta en salud en un país, quién lo gasta y en qué se gasta?

Los métodos y los manuales de estudios de gastos en salud a nivel nacional en los países en desarrollo han estado disponibles por algún tiempo, pero solamente han sido usados esporádicamente. Mientras tanto durante las últimas dos décadas, los países de la OECD han desarrollado y aplicado sistemáticamente un formato común para el reporte de gastos nacionales en salud. La participación de los países miembros de la OECD en este esfuerzo estadístico común ha permitido desarrollar investigaciones comparativas entre sistemas de salud que han probado ser de mucha utilidad, lo cual ha destacado el importante rol del financiamiento en salud. Puesto que cada vez más los países en desarrollo se comprometen en reformas del sistema de salud y de su respectivo financiamiento, ha llegado la hora para que un esfuerzo similar sea llevado a cabo por fuera del mundo industrializado.

El método de Cuentas Nacionales de Salud utilizado por los Estados Unidos, ha sido aplicado recientemente con éxito en varios países en desarrollo. Las CNS dependen de una matriz de "fuentes y usos" de gastos para hacer el seguimiento de los flujos de fondos en un sistema nacional de salud. Este enfoque de matriz imprime consistencia en el uso de diferentes fuentes de datos y ayuda a identificar los vacíos y necesidades de información.

CNS es un enfoque relevante y factible de usar en países en desarrollo. En la medida en que las reformas a los sistemas de salud introduzcan más pluralismo en el financiamiento y provisión de servicios de salud, el valor de las CNS se incrementará. Las CNS pueden ser llevadas a cabo por un equipo modesto a nivel nacional, que produzca sus primeras estimaciones en un período de seis meses a un año. Se deben repetir periódicamente para monitorear el cambio y evaluar reformas a las políticas.

Las CNS serán más útiles si los países están en capacidad de colaborar para desarrollar definiciones y métodos de estimación estandarizados. Se recomienda que se haga esto primero a nivel regional o sub-regional, donde varios países comparten la misma lengua y estructuras institucionales. Mediante dichos esfuerzos colaborativos, los equipos nacionales pueden ganar experiencia, adaptar prácticas exitosas a condiciones locales y aprender de los esfuerzos de otros así como de los suyos propios. Se espera que varios de estos esfuerzos en diferentes regiones del mundo en desarrollo, puedan ser lanzados durante el año próximo.

Referencias

1. OECD Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries. OECD: Paris, 1987.
2. Hurst, J. Reforming Health Care in Seven European Nations, Health Affairs. Vol 10. Fall/Winter, 1991: pp. 7-21.
3. Newhouse, J.P. Cross national differences in health spending what do they mean? Journal of Health Economics. 1987: 6: 159-162.
4. Schieber, G.J. Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries. Health Policy. 1995: 32: 1-3, pp. 279-293.
5. Berman, P. Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. Health Policy 1995: 32: 1-3, pp. 13-28.
6. Abel-Smith, B. Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries. Public Health Papers, No. 17. World Health Organization: Geneva, 1963.
7. Abel-Smith, B. An International Study of Health Expenditure and its Relevance for Health Planning. Public Health Papers, No. 32. World Health Organization: Geneva, 1967.
8. World Health Organization, "Financing of Health Services: A Report of a WHO Study Group", Technical Report Series No. 625, Geneva, 1978.
9. World Health Organization, World Health Statistics Quarterly 37:4, 1984.
10. Zschock, D.K. "Health Care Financing in Developing Countries", Monograph Series No. 1, American Public Health Association, Washington, D.C., 1979.
11. World Bank. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, A World Bank Policy Study. World Bank: Washington, DC, 1987.
12. Griffin, C. Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing. World Bank Regional and Sectoral Studies. World Bank: Washington, DC, 1992.
13. McGreevey, W. Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank. World Bank Discussion Paper 110. World Bank: Washington, DC, 1990.

14. Vogel, R.J. Financing Health Care in Sub-Saharan Africa. Greenwood Press: Westport, Connecticut, 1993.
15. Gomaa, R. Study on Financing and Expenditures in Egypt. Ministry of Health, Publication No. 10, Cairo, Egypt, 1980.
16. Cumper, G.E. Health Sector Financing: Estimating Health Expenditure in Developing Countries; Spring 1986. Report No. 9, EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT.
17. World Bank. China: The Health Sector. A World Bank Country Study. World Bank: Washington, DC, 1984.
18. World Bank. Indonesia: Health Planning and Budgeting. A World Bank Country Study. Washington, DC, 1991.
19. World Bank. World Development Report: Investing in Health. World Bank: Washington, DC, 1993.
20. Murray, C.J.L., Govindaraj, R., and Musgrove, P. National Health Expenditures: A Global Analysis. in Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., editors. Global Comparative Assessments in the Health Sector. World Health Organization: Geneva, 1994.
21. Rannan-Eliya, R. Personal Communication, 1995.
22. Govindaraj, R., Murray, C.J.L., and Chellaraj, G. Health Expenditures in Latin America, World Bank Technical Paper No. 274. World Bank: Washington, DC, 1995.
23. Frenk, J., Lozano R., Gonzalez-Block MA et al. Economia y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en Mexico. Informe final. Fundacion Mexicana para la Salud: Mexico, D.F., 1994.
24. Griffiths, A. and A. Mills Health Sector Financing and Expenditure Surveys in Lee, K. and A. Mills, editors. The Economics of Health in Developing Countries, Oxford, 1983: pp.43-63
25. Deering, J.A. Book Review, Health Affairs 1: 105-117, 1981.
26. Fisher, C. And E. Patterson. "A Framework for Developing Russian Health Accounts," in The Journal of Health Administration Education, 14:3, pp.1-16. Spring, 1996.
27. Mach, E.P. and B. Abel-Smith. Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries, The World Health Organization, Geneva, 1983.

28. Griffiths, A., Mills, M. Money for health: a manual for surveys in developing countries. Sandoz Institute for Health and Socio-Economic Studies and the Ministry of Health of the Republic of Botswana (Gaborone): Geneva, 1982.
29. Robertson, R.L. Zschock, D.K., Daly, J.A. Guidelines for analysis of health sector financing in developing countries. United States Department of Health, Education and Welfare: Bethesda, MD, 1979.
30. Kam, P.M., Malotle, M.P., Raditladi, M.D. A country case study: financing of health services in Botswana. Ministry of Health: Gaborone, Botswana, 1977.
31. Kam, M. Methodology for the survey and analysis of health financing and expenditure in Botswana. Unpublished report. Gaborone, Botswana: Ministry of Health, 1978.
32. Organization for Economic Cooperation and Development. "OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991," Health Policy Studies No. 3. OECD: Paris, 1993.
33. Lazenby, H.C., Levit, K.R., Waldo, D.R., Adler, G.S., Letsch, S.W., Cowan, C.A. National Health Accounts: Lessons from the U.S. Experience. Health Care Financing Review, Summer 1992. Volume 13, Number 4.
34. Fundacion Mexicana Para Salud. Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios. Economia y Salud: Mexico, 1994.
35. Racelis, R., and Herrin, A. National Health Accounts of the Philippines: Partial Estimates as of November 1994. Draft Report, University of the Philippines, Manila, 1995.
36. Herrin, A.N, Solon, O., Racelis, R. The Development of NHA for the Phillipines. Paper presented for the Meeting for National Health Accounts in Mexico City. 1996.
37. Department of Planning, Ministry of Health, Arab Republic of Egypt and Data for Decision Making Project. National Health Accounts for Egypt. (working draft) Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1995.
38. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. Informe Preliminar. Departamento Nacional de Planeacion, Colombia, 1995.
39. World Bank. India: Policy and Finance Strategies for Strengthening Primary Health Care Services. World Bank: Washington, DC. 1995.

40. Tulasidhar, V.B. Pandey, P.C. and D Ray. "States Financing of Health Care in India: Some Recent Trends," National Institute of Public Finance and Policy, New Delhi, 1992.
41. Visaria, P. and Gumber, A. "Utilization of and Expenditure on Health Care in India, 1986-1987: A Study of Five States". Gujarat Institute of Development Research: Ahmedabad, India, 1994.
42. National Council of Applied Economic Research. Survey of Primary Health Care Services: Summary. Manuscript, New Delhi, India, 1993.
43. Berman, P., Nwuke, K., Rannan-Eliya, R., and A. Mwanza. Zambia: Non-Governmental Health Care Provision. Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1995.
44. Solon, O. and Tan, C.R. Getting More Answers from the National Health Accounts. Paper presented for the Meeting of National Health Accounts in Mexico City, 1996.
45. World Bank. Jordan: Health Sector Study. Draft. World Bank: Washington, DC, 1996.
46. Mills, A., Vaughan, J., Smith, D., Tabibxadeh, I. Health System Decentralization, World Health Organization: Geneva, 1990.
47. Frenk, J. Comprehensive Policy Analysis for Health Policy Reform in P. Berman, (ed.) Health Sector Reform in Developing Countries. Harvard University Press: Cambridge, 1995, pp. 335-362.
48. Estimativos preliminares no publicados, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Colombia
49. Selowsky, M. Who Benefits from Government Expenditure? A Case Study of Colombia. Oxford University Press: New York, 1979.
50. Meerman, J. Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why. Oxford University Press: New York, 1979.
51. World Bank. China: National Health Accounts Assessments. Draft. World Bank: Washington, DC, 1995.
52. Berman, P. and D. Cooper. National Health Accounts. Software, Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1995.

Tabla 1
Gastos Nacionales en Salud en los Estados Unidos , por Fuente de Fondos y Tipo de Gastos en 1990 (en miles de millones de dólares)

Tipo de Gasto	Total	Privado				Gobierno			
		Total Fondos Privados	Consumidor			Total Gobierno	Federal/	Estatal y Local ²	
			Total	Pago de Bolsillo	Seguros Privados				Otros
Gastos Nacionales en Salud	\$666.2	\$383.6	\$352.9	\$136.1	\$216.8	\$30.6	\$282.6	\$195.4	\$87.3
Servicios en Salud y Suministros	643.4	374.8	352.9	136.1	216.8	21.8	268.6	184.3	84.3
Atención Personal en Salud	585.3	343.5	322.2	136.1	186.1	21.3	241.8	177.2	64.6
Atención Hospitalaria	256.0	116.0	102.2	12.8	89.4	13.8	140	104.6	35.3
Servicios Médicos	125.7	81.7	81.7	23.5	58.2	0.0	43.9	35.1	8.8
Servicios Dentales	34.0	33.1	33.1	18.0	15.1	--	0.9	0.5	0.4
Otros Servicios Profesionales	31.6	25.2	21.5	8.8	12.8	3.6	6.4	4.9	1.6
Atención Domiciliaria	6.9	1.8	1.3	0.8	0.5	0.5	5.1	4.1	1.0
Drogas y otros durables	54.6	48.5	48.5	40.2	8.3	--	6.1	3.0	3.1
Productos para la Visión y otros durables	12.1	9.4	9.4	8.2	1.3	--	2.7	2.4	0.3
Atención en Casas de Enfermería	53.1	25.5	24.4	23.9	0.6	1.0	27.7	17.2	10.5
Otros Servicios de Salud Personales	11.3	2.2	--	--	--	2.2	9.1	5.5	3.5
Administración de Programas y Red	38.7	31.2	30.7	--	30.7	0.6	7.5	4.8	2.7
Costo de la Salud Privada Seguros									
Actividades Gubernamentales de Salud Pública	19.3	--	--	--	--	--	19.3	2.3	17.0
Investigación y Construcciones	22.8	8.8	--	--	--	8.8	14	11.0	3.0
Investigación	12.4	0.8	--	--	--	0.8	11.5	10.0	1.5
Construcción	10.4	8.0	--	--	--	8.0	2.5	1.0	1.5

1/ Los estimativos detallados de los programas de financiación del Gobierno Federal se suministran para Medicare, Accidentes de Trabajo, Medicaid, Departamento de Defensa, Salud Materno-infantil, Rehabilitación Vocacional, Alcohol, Drogadicción, Administración Mental, Servicios de Salud a los Indígenas, y Programas médicos y hospitalarios generales misceláneos.

2/ Los estimativos detallados de los programas de financiación locales y estatales se suministran para los Programas de Incapacidad Temporal, Accidentes de Trabajo, Medicaid, Asistencia General, Salud Materno-infantil, Rehabilitación Vocacional, Subsidios a Hospitales, y Salud Escolar.

NOTAS: 0.0 denota menos de \$50 millones de dólares. Los gastos en investigación y desarrollo de las compañías de drogas, otro manufactureros y proveedores de equipos médicos y suministros se excluyen de los gastos en investigación, pero se incluyen en la clase de gastos en la cual encaja el producto. Los números pueden no sumar igual a los totales debido a aproximaciones de redondeo.

FUENTE: (33) Los datos son extraídos de la Administración de Financiación en Salud, Oficina de el Actuario:Datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales de Salud.

Tabla 2

Comparación de Estimaciones Recientes de CNS de los Gastos Nacionales en Salud con a estimaciones del WDR-93

<i>País</i>	<i>Año del Estimativo</i>	<i>Gastos totales en salud como porcentaje del PIB</i>	<i>Gastos gubernamentales y de seguridad social como porcentaje del PIB</i>	<i>Gastos privados en salud como porcentaje del PIB</i>
Egipto (WDR)/1	1990-91	2.6	1.0	1.6
Egipto (NHA)/2	1990-91	4.7	2.0	2.7
México (WDR)/1	1990-91	3.2	1.6	1.6
México (NHA)/3	1992	4.8	2.8	2.0-3.0
Filipinas (WDR)/1	1990-91	2.0	1.0	1.0
Filipinas (NHA)/4	1991	2.4	1.3	1.1
Colombia (WDR)/1	1990-91	4.0	1.8	2.2
Colombia (NHA)/5	1993	7.3	3.4	3.9

Fuentes:

1/ [19]

2/ [37]

3/ [47]

4/ [35] (Los estimativos excluyen "empresas comerciales, escuelas privadas, esquemas de financiación de salud comunitaria y organizaciones filantrópicas" para las cuales los datos aún no se encontraban disponibles)

5/ [48]

Tabla 3

India: Gastos Nacionales en Salud y Atención Primaria: Matriz estimada de “Fuentes y Usos” para los Gastos Nacionales en Salud en 1991 (como porcentaje del total de gastos)

<i>Usos</i>	<i>Fuentes</i>				<i>Total</i>
	<i>Gobierno Central</i>	<i>Gobierno Estatal y Local</i>	<i>Corporación Terceros Pagadores</i>	<i>Hogares</i>	
Atención Primaria	4,3 (7,3)	5,6 (9,5)	0,8 (1,3)	48 (81,7)	58.7 (100)
Atención Curativa (% Fila)	0,35 (,7)	3,00 (6,0)	0,8 (1,6)	45,6 (91,7)	49.7 (100)
Salud Pública y Prevención (% Fila)	3,95 (43,9)	2,65 (29,4)	*	2,4 (26,7)	9 (100)
Atención Hospitalaria segundo y tercer nivel (% Fila)	0,9 (2,3)	8,4 (21,7)	2,5 (6,4)	27 (69,6)	38.8 (100)
Provisión No-Servicio	0,9	1,6	*	*	2.5
Total**	6,1	15,6	3,3	75	100

Fuente: [39]

* Estimativo no disponible

** Total en 1991= Rs. 320 per cápita ó 6% del PIB

Tabla 4

**Cuentas Nacionales de Salud en Egipto:
Comparación de los Estimativos de 1978 y 1991**

<i>Medida del Gasto en Salud</i>	<i>Año Fiscal 1978</i>	<i>Estimativos del Año Fiscal 1991/92</i>
Porcentaje del PIB para Salud	4%	4.7%
Ministerio de Salud como porcentaje del total	31%	19%
Gastos Privados en Salud como porcentaje del total	54%	55%
Organizaciones de Seguros de salud como porcentaje del total	4.6%	10%
Hospitales Universitarios como porcentaje del total	4.6%	9%
Compras privadas de drogas como porcentaje del total	26.9%	32%

Fuente: [37]

Tabla 5

Entidades Típicamente Usadas en las Cuentas Nacionales de Salud en un País en Desarrollo

Fuentes:

Ministerio de Finanzas
 Empresas propiedad del Estado
 Empresas propiedad privada
 Hogares
 Ayuda extranjera

Agentes Financiadores:

Ministerio de Salud
 Ministerio de Educación
 Otros ministerios (defensa, seguridad interna, ferrocarriles, etc.)
 Empresas propiedad del estado
 Empresas de propiedad privada
 Seguridad social en salud
 Seguridad privada en salud
 Organizaciones de servicios no gubernamentales
 Hogares

Proveedores (un enfoque para la clasificación de usos)

Hospitales propiedad del gobierno
 Hospitales privados con ánimo de lucro
 Hospitales privados sin ánimo de lucro
 Centros ambulatorios de propiedad del gobierno
 Centros ambulatorios privados con ánimo de lucro
 Centros ambulatorios privados sin ánimo de lucro
 Consultorios médicos privados
 Otros tipos de centros privados (Cosmopolita)
 Farmacias
 Trabajadores de salud tradicionales

Funciones (otras listas de usos):

Tratamientos hospitalarios de la enfermedad
 Tratamiento ambulatorio de la enfermedad
 Atención preventiva personal ambulatoria
 Servicios públicos basados en la población
 Otros servicios/funciones

Otras clasificaciones de usos:

Rubros (Ej: salarios, drogas, equipo, capital, inversiones)
 Grupos socio-económicos (Ej: quintiles de ingreso)
 Grupos geográficos (Ej: provincias, regiones)

Tabla 6a

**Flujos Financieros, Egipto 1990/91 : Fuentes de agentes financiadores
(millones de LE)***

Agentes financiadores	Fuentes				Total
	Ministerio de finanzas	Donantes	Empleado	Hogares	
Ministerio de Finanzas	182 (4.4%)				182 (4.4%)
Ministerio de Salud	647 (15.5%)	135 (3.2%)			782 (18.8%)
Ministerio de Educación	270 (6.5%)				270 (6.5%)
Ministerio de Asuntos Sociales	7 (0.2%)				7 (0.2%)
Otros Ministerios	100 (2.4%)				100 (2.4%)
Donantes		51 (1.2%)			51 (1.2%)
Organizaciones de Seguridad Social/Organizaciones de Seguros de Pensiones			277 (6.6%)	93 (2.2%)	370 (8.9%)
Empresas			70 (1.7%)		70 (1.7%)
Seguros Privados/Sindicatos			20 (0.5%)	10 (0.2%)	30 (0.7%)
Hogares				2,304 (55.3%)	2,304 (55.3%)
Total	1,206 (28.9%)	186 (4.5%)	367 (8.8%)	2,407 (57.8%)	4,166 (100%)

Nota: Los porcentajes del total se muestran en paréntesis. Empleadores incluye todas las organizaciones, entidades, e individuos que emplean otras personas. Esta columna cubre todos los pagos hechos con el propósito expreso e inmediato de obtener atención en salud para sus respectivos empleados. En esto se incluyen empresas privadas y públicas, así como también las GOE.

* En 1991 1 LE= US \$0.33

Fuente: [37]

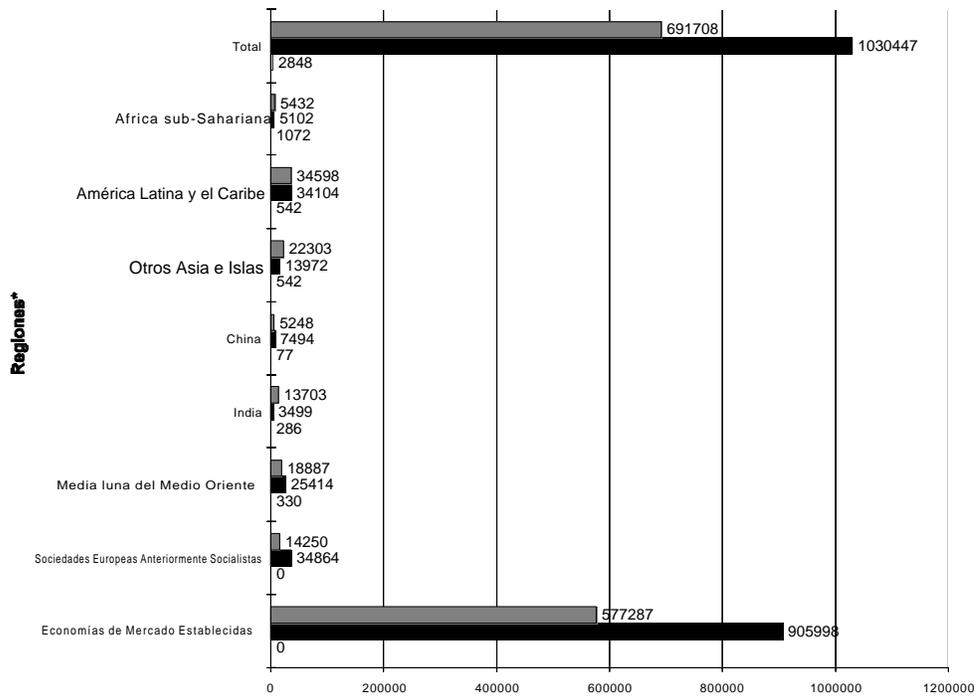
Tabla 6b

Flujos Financieros, Egipto 1990/91: Agentes financiadores a proveedores (millones de LE)

Proveedores	Agentes Financiadores										
	Ministerio de Finanzas	Ministerio de Salud	Ministerio de Educación	Ministerio de Asuntos Sociales	Otros Ministerios	Organizaciones de Seguridad Social y de Seguros, de Pensión	Donantes	Empresas	Seguros Privados	Hogares	Total
Ministerio de Salud		782 (19%)								15 (0,4%)	797 (19,1%)
Hospitales Docentes	60 (1,4%)						3 (0,0%)			4 (0,1%)	67 (1,6%)
Hospitales Universitarios			270 (6,5%)				24 (0,5%)			48 (1,2%)	342 (8,2%)
Otros Gobierno	20 (0,5%)				100 (2,4%)		2 (0,0%)				122 (2,9%)
Instalaciones de Organizaciones de Seguros en Salud	64 (1,5%)					280 (6,7%)		1 (0,0%)		19 (0,5%)	364 (8,7%)
Organizaciones de Atención Curativa	38 (0,9%)						1 (0,0%)	20 (0,5%)	3 (1,0%)	38 (1,0%)	100 (2,4%)
Organizaciones No Gubernamentales				7 (0,0%)			16 (0,4%)	2 (0,0%)		30 (0,7%)	55 (1,3%)
Proveedores Médicos Privados							5 (0,1%)	37 (0,9%)	13 (0,3%)	900 (21,6%)	955 (22,9%)
Farmacias								10 (0,2%)	14 (0,3%)	1,230 (29,5%)	1,254 (30,1%)
Otros										20 (0,5%)	20 (0,5%)
Costos Administrativos de Organizaciones de Seguridad Social						90 (2,2%)					90 (2,2%)
Total	182 (4,3%)	782 (19%)	270 (6,5%)	7 (0,0%)	100 (2,4%)	370 (8,9%)	51 (1,2%)	70 (1,7%)	30 (0,5%)	2,304 (55,3%)	4,166 (100%)

Fuente: [37]

Figura 1
Gastos Globales en Salud 1990



* Regiones usadas por el Banco Mundial en el WDR-93
Fuente: [19]

US \$Millones de Dólares
Ayuda ■ Pública ■ Privada

Figura 2
Gastos en Salud en Países Latinoamericanos Seleccionados
Comparación entre el WDR 1993 y el Estudio de Seguimiento

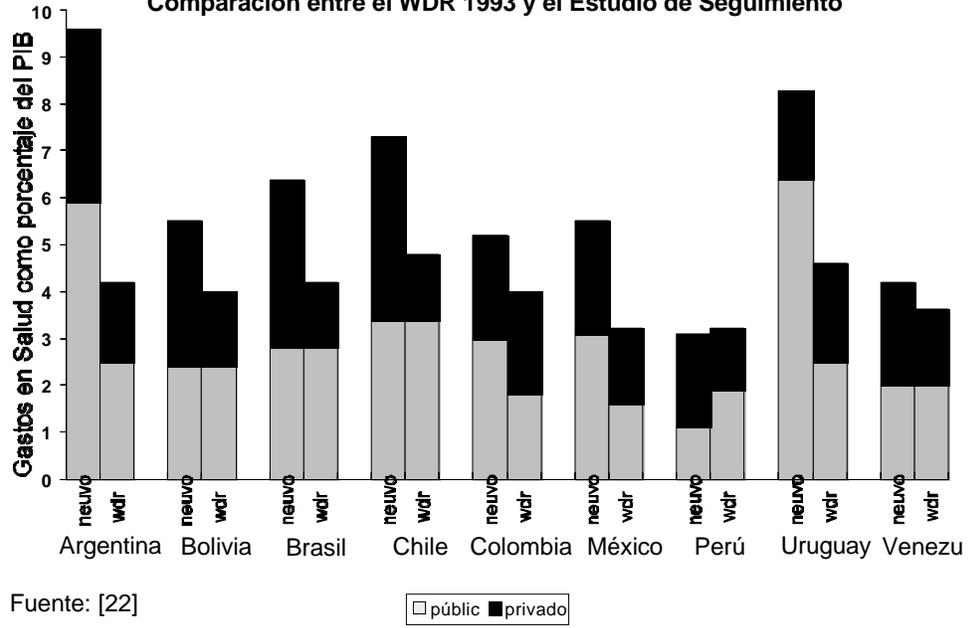
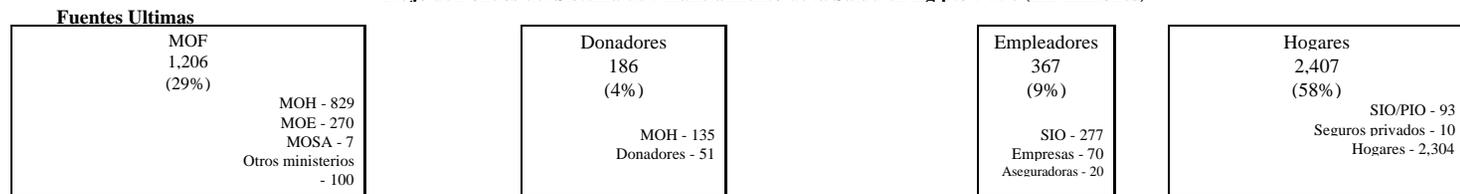
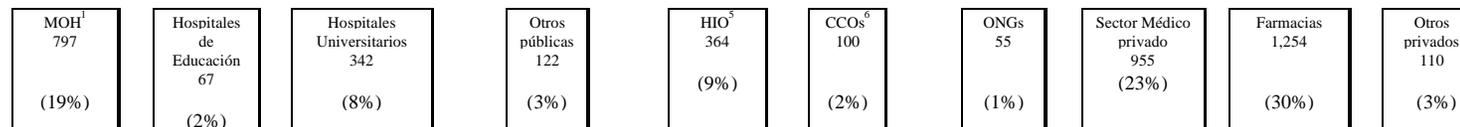
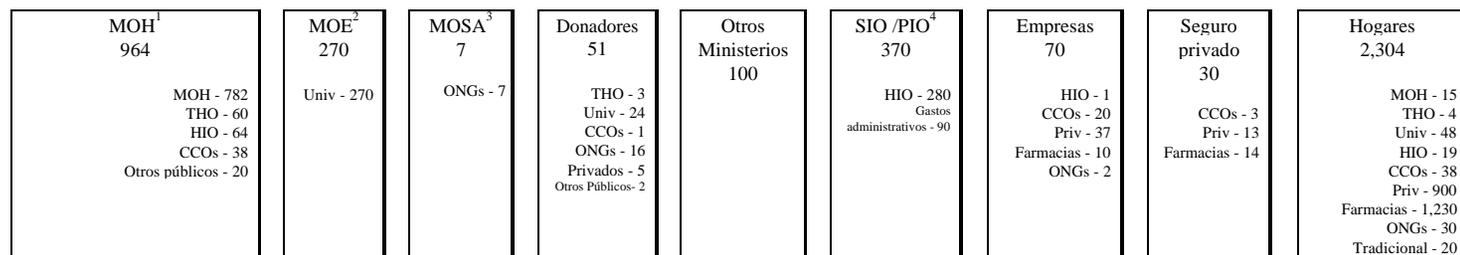


Figura 3
Flujo de Fondos del Sistema de Financiamiento de la Salud en Egipto FY90 (LE millones)



Agentes Financistas



Proveedores

¹ Ministerio de Finanzas
² Ministerio de Educación
³ Ministerio de Asuntos Sociales
⁴ Organizaciones de Seguridad Social y Seguros de Pensión
⁵ Organizaciones de Seguros de Salud
⁶ Organizaciones de Atención Curativa

Fuente: [37]